

Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofileista

PEKKA SAARNIO – VESA KNUUTTILA

Johdanto

Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen on tärkeää päihdehuollossa. Kullekin asiakkaalle pitäisi tarjota juuri hänelle sopivaa hoitoa. Tällainen menettely tuottaa tutkimusten mukaan hyviä tuloksia (McLellan & al. 1997 & 1999). Yksi oleellinen siinä huomioon otettava seikka on asiakkaan muutosvalmius.

Muutosmotivaation tarkastelun keskeinen lähtökohta on C. DiClementen ja J. Prochaskan kehittämä transteoreettinen malli (TTM) (DiClemente & Prochaska 1998; Prochaska & al. 1992). TTM on alun perin laadittu riippuvuusongelmista selviytymisen tarkastelua varten. Sen mukaan muutosprosessissa on erotettavissa viisi vaihetta (DiClemente & al. 2004).

Esiharkintavaiheessa olevat henkilöt ovat halluttomia pohtimaan ongelman luonnetta, he ovat ylipäänsä vastahankaisia muutokselle. Harkintavaiheelle on ominaista ongelman vakava pohdinta, esimerkiksi muutokseen liittyvien etujen ja haittojen vertailu, monesti ambivalenssi. Tätä seuraavassa valmisteluvaiheessa henkilö on päättänyt muutoksen kannalle ja sitoutunut alustavasti siihen. Seuraavaksi on vuorossa toimintavaihe, muutoksen edellyttämien käytännön ratkaisujen toteutus. Mikäli henkilö pystyy toteuttamaan suunnitelmansa, hän siirtyy ylläpitovaiheeseen, jossa muutostulosten on integroiduttava osaksi arkielämää.

Päihdeongelmaisten muutosvalmiudella on todettu olevan merkitystä hoidon jatkuvuuden kannalta; muutoksen orastavassa vaiheessa olevilla henkilöillä on suuri keskeyttämisriski (Connors & al. 2004; DiClemente & Scott 1997; Saarnio & Knuuttila 2003a). Projektissa (Project MATCH; Babor & Del Boca 2003), jossa tutkittiin asiak-

kaan ja hoitomenetelmän yhteensovittamista eli sitä, hyötyvätkö jotkut asiakkaat jostakin hoitomenetelmästä enemmän kuin toiset, muutosvalmiudella oli merkitsevä vaikutus myös hoidon jälkeiseen alkoholin käyttöön, jopa kolmannen seurantavuoden loppuun asti: mitä parempi muutosvalmius, sitä vähemmän juomista (DiClemente & al. 2001). Mielenkiintoisena seikkana on pidettävä sitä, että tämä efekti oli nimenomaan hoidon alussa mitatulla muutosvalmiudella, ei hoidon myöhemmissä vaiheissa mitatuilla valmiuksilla. Vaikutus ilmenikin pelkästään avohoidossa, ei jatkohoidossa, johon osallistuneet tutkimushenkilöt olivat jo olleet erilaisissa hoidoissa.

Samaan tapaan on osoitettu, että asiakkaan hoitoa edeltänyt päihteiden käyttö on yksi parhaita hoidon jälkeistä käyttöä ennakoivista tekijöistä (Saarnio & al. 1998). Kyseisessä tutkimuksessa tuli esille myös se seikka, että hoitoa edeltäneiden, mutta ei sitä seuranneiden vapaa-ajan harrastusten intensiteetillä oli yhteys päihteiden käytön kanssa. Hoitoa edeltänyt, nähtävästi pitkälti spontaanisti kehittynyt aktiivinen vapaa-ajan toiminta oli yhteydessä vähäisemmän käytön kanssa. Nämä tulokset ovat kiusallisia hoitotoiminnan kannalta, ne tuovat mieleen sananparren ”ei kannettu vesi kaivossa pysy”.

Toinen tärkeä motivaatioproblematiikkaan liittyvä näkökulma on alun perin W. Millerin (1983) kehittämä motivoiva haastattelu. Sen menetelmälliset innovaatiot olivat edistysaskeleita päihdekuntoutuksessa, koska ne mahdollistivat siirtymisen muutosmotivaation puuttumisen päihteistä aihepiiriin rakentavaan tarkasteluun.

Motivoiva haastattelu on tiivistettävissä viiteen yleiseen toimintaperiaatteeseen: 1) terapeutin empaattinen suhtautuminen asiakkaaseen, 2) päihteiden käyttöä koskevan ambivalenssin luo-

Taulukko 1. Tutkimushenkilöiden (N = 780) taustatietoja

	Keski- arvo	Keski- hajonta	%
Ikä (v)	35,8	11,9	
Koulutuksen pituus (v)	11,2	2,7	
Sukupuoli			
mies			66,8
nainen			3,2
Siviilisääty			
parisuhteessa			31,4
ei parisuhteessa			68,6
Huollettavia lapsia kotona			
kyllä			18,8
ei			81,2
Ammatti			
ammatiton			17,2
työntekijä			64,1
toimihenkilö tai yrittäjä			18,7
Työtilanne			
työssä			19,0
ei työssä			81,0
Asuminen			
oma asunto			20,2
vuokra-asunto			48,1
ei asuntoa			31,7

minen, 3) vastakkainasettelun välttäminen hoitotilanteessa, 4) rakentava suhtautuminen asiakkaan vastarintaan ja 5) asiakkaan tehokkuusodotusten tukeminen (Miller & Rollnick 2002). Menetelmässä keskitytään siihen, miten voidaan ohjata vastakkainasettelua välttämällä asiakas ylittämään päihteiden käyttöä koskeva sisäinen ambivalenssi ja suuntaamaan kohti muutosta. Tässä hyödynnetään myös muutosvaihemallia. Asiakkaan muutosvalmiuden selvittäminen on motivoivan haastattelun periaatteiden mukaan työskentelevän terapeutin ensimmäisiä tehtäviä.

Meta-analyttisten tutkimusten mukaan motivoiva haastattelu on tehokas menetelmä päihdeongelmien hoidossa (Burke & al. 2003 & 2004; Dunn & al. 2001). Sen menestyksen taustalla olevat mekanismit ovat herättäneet runsaasti pohdintaa (Britt & al. 2003; Heather 2005). Menetelmä on osoittautunut tehokkaaksi erityisesti hoidon alkuvaiheessa, asiakkaan sitouttamisessa hoitoon. Project MATCH:n tulokset ovat puolestaan osoittaneet motivoivan haastattelun olevan tehokas menetelmä vastahankaisten asiakkaiden hoidossa (Project ..., 1998). Sen vähäisellä direktiivisyydellä lienee tässä suhteessa ollut keskeinen rooli (Karno & Longabaugh 2004 & 2005).

Myös muita, joskin vähemmän tunnettuja, hoi-

don jatkuvuutta parantavia ohjelmia on kehitetty. K. Carrollin (1997) alun perin Project MATCH:n käyttöön laatima manuaali lienee niistä kattavin. Siinä käydään systemaattisesti läpi alkoholistien hoitoon sitouttamista. R. Craigin (1985) ohjelma puolestaan tähtää keskeyttämisen vähentämiseen huumehoidossa. G. De Leon tutkijakollegoineen (2000) on kehittänyt menettelyn yhteisöhoitossa pysymisen parantamiseksi. Sen perusideana on sijoittaa kokeneimmat työntekijät hoidon aloitukseen, joka on yleensä kriittinen vaihe keskeyttämisen kannalta.

Motivoivan haastattelun käyttö hoidon jatkuvuuden parantamiseksi on perusteltua. Se ei kuitenkaan liene tarpeellista koko hoitopopulaatiossa, vaan motivointia tulisi tarjota etenkin vastahankaisille asiakkaille. Kohderyhmän rajaaminen ei kuitenkaan ole pulmatonta. Tarkoituksemme olikin tässä tutkimuksessa etsiä muutosvalmiuden alaryhmiä, minkä vuoksi aineiston analyysissa käytettiin klusteri- eli ryhmittelyanalyysia.

Varhaisten muutosvalmiusprofileja koskevien klusterianalyttisten tutkimusten tulokset ovat osin vaikeasti tulkittavissa (Carney & Kivlahan 1995; DiClemente & Hughes 1990; Piotrowski & al. 1995). Uudemmat tutkimustulokset ovat huomattavasti selkeämpiä (Blanchard & al. 2003; Edens & Willoughby 2000; Willoughby & Edens 1996). Tutkimuksissa on kautta linjan käytetty melko pieniä aineistoja. Tämän tutkimuksen aineisto oli moninkertainen niihin verrattuna. Palaamme aikaisempiin tutkimuksiin aineiston analysoinnin yhteydessä.

Menetelmät

Tutkimushenkilöt

Tutkimushenkilöt (N = 780) olivat Kankaanpään A-kodissa hoidettuja alkoholisteja (330/42,3 %) ja sekakäyttäjiä (450/57,7 %). Aineisto koostui neljästä asiakasotoksesta. Ensimmäisessä otoksessa (105/13,4 %) olivat touko–elokuussa 2000, toisessa (186/23,9 %) touko–joulukuussa 2001, kolmannessa (267/34,2 %) tammi–joulukuussa 2002 ja neljännessä (222/28,5 %) tammi–lokakuussa 2003 saapuneet asiakkaat. Aineiston kerääminen oli osa laitoksen normaalia vastaanotomenettelyä, minkä vuoksi kukaan ei kieltäytynyt osallistumasta. Rekrytointi toteutettiin tulojärjestyksessä ilman valikointia, lukuun ottamatta katkaisuhoidon tulleet asiakkaita, jotka jätettiin

tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimushenkilöiden taustatiedot ja päihteiden käyttöä koskevat tiedot ovat taulukoissa 1 ja 2.

Tutkimushenkilöille oli ominaista heikko sosiaalinen stabiilitteetti, mikä näkyi muun muassa parisuhteessa elävien vähäisyytenä ja kotona asuvien lasten harvinaisuutena. Koulutustaso oli sangen alhainen, ja suurin osa tutkimushenkilöistä oli toiminut työväenluokkaisissa ammattiteissa, joskin joukossa oli myös täysin ammatittomia. Vakituksessa työsuhteessa olevien osuus oli vähäinen. Vailla vakituista asuntoa olevien osuus sen sijaan oli melko suuri.

Päihteiden osalta oli nähtävissä alkoholin ja lääkkeiden lisäksi laittomien huumeiden, kuten esimerkiksi amfetamiinin ja kannabiksen, yleistä käyttöä. Amfetamiini oli alkoholin jälkeen toiseksi yleisin pääasiallinen päihde. Tutkimushenkilöiden tiheät kontaktit päihteiden ongelmakäyttöäisiin olivat merkki vahvasta alakulttuurisidonnaisuudesta.

Materiaalit

Muutosvalmiutta mitattiin sen kokonaisintensiteetin sekä muutosvaiheen mukaan. Tähän tarkoitukseen käytettiin URICA-lomaketta (University of Rhode Island Change Assessment Scale), joka on alun perin kehitetty psykoterapia-asiakkaiden muutosvalmiuden tutkimista varten (McConaughy & al. 1989). DiClemente ja S. Hughes (1990) aloittivat sen käytön päihdetutkimuksessa. URICA on ollut käytössä myös aikaisemmissa tutkimuksissamme, joita varten se käännettiin suomeksi (Saarnio & Knuuttila 2002 & 2003a & b).

Lomake sisältää yhteensä 32 osiota, joihin tutkimushenkilöt vastaavat viisiportaista numeroasteikkoa käyttäen (1 = täysin eri mieltä, 2 = eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Osiot jakautuvat neljään muutosvaiheskaalaan: 1) esiharkinta, 2) harkinta, 3) toiminta ja 4) ylläpito (taulukko 3). Valmisteluvaihe ei tullut alkuperäisestä mallista poiketen esille DiClementen ja Hughesin (1990) tekemässä faktorianalyysissä. Kutakin skaalaa varten on kahdeksan osiota, joista amerikkalaisen pisteytyskäytännön mukaan otetaan huomioon seitsemän parasta. Muutosvaiheskaalojen alfa-reliabiliteetit olivat tässä tutkimuksessa samaa tasoa kuin alkuperäistutkimuksessa (mt.): esiharkinta 0,74 (0,69); harkinta 0,75 (0,75); toiminta 0,79 (0,82); ylläpito 0,73 (0,80).

Taulukko 2. Tutkimushenkilöiden (N = 780) päihteiden käyttöä koskevia tietoja

	%
Käytetyt päihteet*	
alkoholi	89,9
lääkkeet	45,3
kannabis	42,9
amfetamiini	40,6
opiaatit	20,1
kokaiini	10,0
LSD	6,3
korvikkeet	3,1
liuottimet	1,7
jokin muu	22,4
Pääasiallinen päihde*	
alkoholi	65,5
amfetamiini	18,5
kannabis	3,5
lääkkeet	3,2
opiaatit	2,4
jokin muu	6,9
Hoitoa edeltäneen ongelmakäyttökauden pituus (vrk)	
1–7	46,4
8–30	23,5
31–	30,1
Päihteiden käyttötapa*	
päivittäin	63,5
kausittain	26,9
viikonloppuisin	9,6
Kontaktit päihteiden ongelmakäyttöäisiin*	
päivittäin	48,2
viikoittain	19,7
harvemmin	32,1
Tuliko asiakas A-kotiin omasta vapaasta tahdosta	
kyllä	82,3
ei	17,7
Asiakkaan tavoite	
täysraittius	68,8
hallittu käyttö	31,2
Tähdellä merkityt muuttujat koskevat hoitoa edeltäneen vuoden tilannetta.	

URICA:n tulos ilmaistaan neljällä skaalamuuttujalla, joissa korkea pistemäärä on merkki muutosvalmiudesta, lukuun ottamatta esiharkintaa, jossa suunta on päinvastainen. Viidentenä on muutosvalmiuden kokonaisintensiteettiä kuvaava muuttuja, joka muodostetaan siten, että jaetaan ensiksi skaalamuuttujien raakasummapistemäärät seitsemällä; tämän jälkeen lasketaan yhteen harkinta-, toiminta- ja ylläpitopistemäärät sekä vähennetään summasta esiharkintapistemäärä. Muutosvalmiuden kokonaisintensiteettiä kuvaavaa muuttujaa kutsutaan yksinkertaisesti muutosvalmiudeksi.

Taulukko 3. Esimerkkejä URICA:n muutosvaiheskaalojen osioista

Esiharkinta

- Omasta mielestäni minulla ei ole mitään ongelmia, jotka edellyttäisivät muutosta.
- Minulla on varmasti puutteita, mutta en näe mitään, mitä minun pitäisi varsinaisesti muuttaa itsessäni.

Harkinta

- Olen ajatellut, että saattaisin haluta muuttaa jotakin itsessäni.
- Minulla on ongelma ja olen sitä mieltä, että minun pitäisi todella kohdata tämä ongelma.

Toiminta

- Ongelmani on aika ajoin vaikea, mutta yritän saada sen ratkaistuksi.
- Kuka tahansa voi puhua muuttumisesta, mutta minä olen tekemässä jotakin asian eteen.

Ylläpito

- Pelkään ajautuvani takaisin ongelmaan, josta olen jo kerran päässyt irti, joten yritän etsiä apua.
- Luulin päässeeni ongelmasta eroon, kun sain sen kerran ratkaistuksi, mutta joskus huomaan kamppailevani sen kanssa edelleen.

Muutosvalmiuden tutkimiseksi on kehitetty muitakin menetelmiä kuin URICA, joka kuitenkin lieenee eniten käytetty. Mikään näistä menetelmistä ei ole yksiselitteisesti paras, vaan niissä kussakin on vahvuuksia ja heikkouksia (Carey & al. 1999). Myös itse muutosvaihemallista on käyty kriittistä keskustelua (Joseph & al. 1999; Sutton 2001; West 2005).

Asiakkaan taustatietoja ja päihteiden käyttöä koskevat tiedot kerättiin aikaisemmissa tutkimuksissa toimivaksi havaitulla lomakkeella (Saarnio & Knuuttila 2002 & 2003a & b).

Tutkimuksen kulku ja aineiston analyysi

A-kodissa oli käytössä hoitojatkumo, joka alkoi noin viikon pituisella vastaanottovaiheella asiakkaan saapuessa laitokseen. Sitä seurasi keskimäärin kolmen viikon pituinen peruskuntoutusjakso, joka toteutettiin niin sanotuissa soluissa eli osastoilla, joita oli yksi kumpaakin sukupuolta varten. Tämän jälkeen asiakkaan oli mahdollista siirtyä pitkäkestoisempiin hoito-ohjelmiin, joihin pääsyn edellytyksenä oli peruskuntoutuksen suorittaminen. URICA sekä taustatietoja ja päihteiden käyttöä koskeva lomake täytettiin vastaanottovaiheen aikana, fyysinen ja psyykinen kunto huomioon ottaen mahdollisimman pian laitokseen tulon jälkeen.

Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla (versio 11.5.1). Klusterianalyysissa käytettiin TwoStep-

proseduuria, joka sopii hyvin eksploraatiiviseen analyysiin. Muutosvalmiusryhmien väliset vertailut toteutettiin perinteisillä menetelmillä, yksisuuntaisella varianssianalyysilla ja χ^2 -testillä.

Tulokset

Aineiston erittely aloitettiin klusterianalyysilla, jossa olivat mukana URICA:n skaalamuuttujat. Tätä varten niiden pistemäärät muutettiin t-arvoiksi. Analyysin tavoitteena oli ryhmittää tutkimushenkilöt teoreettisesti mielekkäällä tavalla. Päädyttiin kolmen ryhmän malliin (kuvio 1). Ykkösryhmän profiili osoitti muutoshalukkuutta ja oli samalla laadullisesti erilainen kuin kakkos- ja kolmosryhmien profiilit, jotka poikkesivat määrällisesti toisistaan. Nämä profiilit kertoivat muutoshaluttomuudesta, joka näkyi erityisesti esiharkinnan ja harkinnan välisessä laskevassa suhteessa. Muutosvalmiuspistemäärien ryhmäkohtaiset keskiarvot noudattivat klusterianalyysin piirtämää kuvaa (keskiarvo; keskihajonta [1 = 12,3; 0,8] [2 = 10,1; 0,7] [3 = 7,8; 1,3]).

Esiharkinnan erityinen suhde harkintaan näkyi myös sen korrelaatioissa muihin muutosvaihemuuttujiin, jotka olivat poikkeuksesta negatiivisia ja tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$) (harkinta -0,40; toiminta -0,34; ylläpito -0,31). Korkein korrelaatio esiintyi esiharkinnan ja harkinnan välillä, alhaisin puolestaan esiharkinnan ja ylläpidon välillä, mikä sekin on ymmärrettävää, koska muutoksen ylläpito on hoidon alkuvaiheessa kaukainen ajatus.

Ensimmäisessä päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofileja koskevassa klusterianalyysissa tutkimuksessa (DiClemente & Hughes 1990) päädyttiin viiden ryhmän malliin: 1) esiharkinta, 2) ambivalentti, 3) osallistuva, 4) vetäytyvä ja 5) harkinta. Tutkimuksessa käytettiin hierarkkista klusterianalyysia. Sitten M. Carney ja D. Kivlahan (1995) sekä N. Piotrowski tutkijakollegoineen (1995) ovat osittain replikoineet tämän ryhmittelyn. Tutkimushenkilöiden määrät ovat olleet klusterianalyysin kannalta sangen pieniä: 224 (DiClemente & Hughes 1990), 404 (Carney & Kivlahan 1995), 74 (Piotrowski & al. 1995).

Näissä tutkimuksissa ryhmä ”harkinta” muistutti profiililtaan ryhmää ”osallistuva”. Ryhmä ”ambivalentti” puolestaan muistutti ryhmää ”esiharkinta”. Ryhmä ”vetäytyvä” esiintyi pelkästään DiClementellä ja Hughesilla (1990). Osa profiili-

leista oli samanlaisia kuin tässä tutkimuksessa, nimittäin ”osallistuva” (ykkösryhmä) ja ”esiharkinta” (kakkos- ja kolmosryhmät) (kuvio 1).

Päätimme tehdä tulosten varmistamiseksi samanlaisen hierarkkisen klusterianalyysin viiden ryhmän lukuksella. Tuloksena syntyi ryhmien ”osallistuva” ja ”esiharkinta” variantteja, joiden profiilit olivat samanlaisia mutta pistetasot erilaisia. A-kodin asiakkaiden muutosvalmiuden perusrakenne oli selvästi kaksijakoinen, mikä ei luonnollisesti sulje pois profiilien yksilöllistä vaihtelua. Mistä erot aikaisempiin tutkimuksiin nähden sitten johtuivat? Ehkäpä niissä yritettiin tuottaa pienillä aineistoilla liian sofistikoituja tuloksia. Edellä mainitut alkuperäistutkimusten profiilien samankaltaisuudet tukevat tätä otaksumaa.

Muutosvalmiuden kaksijakoisuus tuli esille toisessakin kokeilussa, jossa A-kodin aineisto analysoitiin klusterianalyysillä kahden ryhmän lukuksella. Tulos oli profiilien muodon suhteen samanlainen eli ”osallistuva” ja ”esiharkinta”. Ryhmäkoot (osallistuva = 313/40,0 %; esiharkinta = 467/60,0 %) olivat lähellä kuviossa 1 esitetyn kolmen ryhmän mallin samanmuotoisten profiilien yhdistelmiä (osallistuva = 275/35,3 %; esiharkinta = 505/64,7 %).

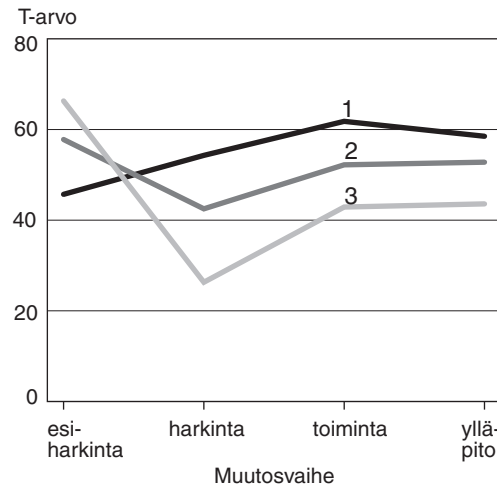
Myös uudemmissa klusterianalyttisissä tutkimuksissa on päädytty samanlaiseen kaksijakoiseen ryhmittelyyn (Blanchard & al. 2003; Edens & Willoughby 2000; Willoughby & Edens 1996). Tosin niidenkin aineistot ovat olleet melko pieniä: 252 (Blanchard & al. 2003), 162 (Edens & Willoughby 2000), 141 (Willoughby & Edens 1996).

Lopuksi suoritettiin profiiliryhmien välinen vertailu taustamuuttujilla ja päihteiden käyttöä koskevilla muuttujilla. Tulokset osoittivat ryhmien välillä olevan merkitseviä eroja sangen monessa muuttujassa (taulukko 4).

Pitempi koulutus, naissukupuoli, lasten kanssa asuminen ja parisuhteessa eläminen olivat johdonmukaisesti yhteydessä parempaan muutosvalmiuteen. Hoitoon tulon tausta ja hoitotavoite erottelivat ryhmät samaan tapaan: täysin vapaaehtoisesti tulleet ja täysraittuutta tavoittelevien osuudet olivat suurempia muutoshalukkaimmassa ykkösryhmässä kuin muissa ryhmissä. On pantava merkkeille, etteivät alkoholistit ja sekäkäyttäjät sijoittuneet ryhmiin toisistaan poikkeavalla tavalla.

Tulokset olivat työtilanteen ja päihteiden käytön osalta vaikeammin tulkittavissa. Muutos-

Kuvio 1. Klusterianalyysillä (N = 780) muodostettujen ryhmien (1 = 275/35,3 %; 2 = 384/49,2 %; 3 = 121/15,5 %) muutosvalmiusprofiilit



halukkuus ei ollut yhteydessä korkeaan työllisyyteen, päinvastoin työllisten osuus oli suurin vähiten muutosvalmiissa ryhmissä. Kausittaisen käytön osuus oli suurempi muutosvalmiissa ykkösryhmässä kuin muissa ryhmissä; viikonloppukäytön osuus sen sijaan oli suurempi vähemmän muutosvalmiissa kolmosryhmässä.

Kenties muutoshaluttomimman ryhmän työelämässä toimiminen ja viikonloppukäyttö tavallaan selittivät haluttomuutta isoon muutokseen, toisin sanoen täysraittuuteen. Vastahakoinen hoitoon tuleminen puolestaan saattoi johtua työpaikan hoitoonohjauksesta tai muista sanktioista.

Johtopäätökset

Tulokset osoittivat tutkimushenkilöiden kesken olevan huomattavia muutosvalmiuden profiili-eroja, joskaan ei alkoholistien ja sekäkäyttäjien välillä. Pitempi koulutus, naissukupuoli, lasten kanssa asuminen ja parisuhteessa eläminen olivat johdonmukaisesti yhteydessä parempaan muutosvalmiuteen. Hoitoon tulon taustalla ja hoitotavoitteella oli samanlainen rooli: täysin vapaaehtoisesti tulleet ja täysraittuutta tavoittelevat olivat muutosvalmiimpia kuin muut. Täysraittuus onkin tässä hoitopopulaatiossa yleensä realistinen tavoite, johon monet asiakkaat päätyvät epäonnistuneiden hallitun käytön yritysten kautta.

Naisten parempi muutosvalmius on tullut esille

Taulukko 4. Klusterianalyysillä (N = 780) muodostettujen ryhmien (1 = 275/35,3 %; 2 = 384/49,2 %; 3 = 121/15,5 %) väliset erottelukykyiset taustamuuttujat ja päihteiden käyttöä koskevat muuttujat

	1	2	3	p
Koulutuksen pituus (keskiarvo, keskihajonta)	11,5 (2,9)	11,1 (2,6)	10,5 (2,5)	0,002
Sukupuoli (%)				
mies	59,6	68,8	76,9	0,002
nainen	40,4	31,2	23,1	
Siviilisääty (%)				
parisuhteessa	38,2	26,6	31,4	0,007
ei parisuhteessa	61,8	73,4	68,6	
Huollettavia lapsia kotona (%)				
kyllä	24,0	15,9	16,5	0,027
ei	76,0	84,1	83,5	
Työtilanne (%)				
työssä	14,2	21,6	21,5	0,037
ei työssä	85,8	78,4	78,5	
Päihteiden käyttötapa (%)				
päivittäin	61,5	65,6	61,2	0,004
kausittain	30,9	26,3	19,8	
viikonloppuisin	7,6	8,1	19,0	
Tuliko asiakas A-kotiin omasta vapaasta tahdosta (%)				
kyllä	85,1	84,4	69,4	0,001
ei	14,9	15,6	30,6	
Asiakkaan tavoite (%)				
täysraittius	85,5	65,5	41,3	0,000
hallittu käyttö	14,5	34,5	58,7	
Ryhmävertailussa käytettiin koulutuksen pituuden osalta yksisuuntaista varianssianalyysia, muissa muuttujissa χ^2 -testiä.				

aikaisemmassakin tutkimuksessa (Saarnio 2002). Sukupuolten välistä muutosvalmiuseroa olisi houkuttelevaa selittää kulttuurisilla tekijöillä, esimerkiksi naisten voimakkaammalla vastuuntunolla. Käsillä oleva aineisto ei kuitenkaan anna tällaiselle päättelylle minkäänlaisia perusteita. Ilmiön tarkempi selvittäminen jää tulevien tutkimusten tehtäväksi.

Tuloksilla oli yhteys AA-mytologiaan; muutoshaluttomimmalla ryhmällä näytti vielä olevan matkaa ”pohjakosketukseen” (Mäkelä & al. 1996). Työpaikka oli säilynyt, esiintyi enemmän viikonloppukäyttöä, hoitoon tulo oli ollut ilmeisen vastahakoista ja tavoitteena oli ollut hallittu käyttö.

Käytimme klusterianalyysissä kolmen ryhmän mallia, vaikka muutosvalmiusprofiilien perusrakenne on kaksijakoinen. Minkä takia? Tarkoituksemme oli näyttää profiilien ”dynamiikka”: esiharkinnan ja harkinnan välisen suhteen ”muutos” on yhteydessä toiminnan ja ylläpidon tasoon ja samalla koko profiilin muotoon. Tämä ”muutos” olisi mahdollista illustroida vaikkapa animaation keinoin.

Tuloksia tarkasteltaessa on hyvä pitää mielessä,

että ne koskevat nimenomaan laitospopulaatiota, niitä ei siis tule yleistää kaikkiin päihdeongelmaisiin. Lisäksi niitä saattoivat vääristää pitkäaikaisen päihteiden, erityisesti alkoholin käytön aiheuttamat kognitiiviset häiriöt; ne kenties tuottivat joillekin tutkimushenkilöille vaikeuksia ymmärtää lomakkeen kysymyksiä ja vastata asianmukaisesti (Fals-Stewart & al. 1994).

Muutosvalmiusprofiilien analysoiminen ei välttämättä ole yksinkertainen tapa selvittää päihdeongelmaisten muutosvalmiutta. Muutosvalmiuden kokonaisintensiteettiä kuvaava muuttuja oli tulosten mukaan erittäin hyvin kongruenssissa ryhmittelyn kanssa. Esimerkiksi Project MATCH:ssa käytettiin menestyksellisesti juuri tätä muuttujaa muutosvalmiutta koskevissa analyyseissa (DiClemente & al. 2001).

Tulosten pohjalta olisi periaatteessa mahdollista tehdä kokeellista hoitotutkimusta. Muutossuuntautuneelle ykkösr ryhmälle voitaisiin tarjota vaikkapa retkahduksen ehkäisyä (Wickiewicz & Marlatt 2004). Vähemmän muutosvalmiille kolmosryhmälle voitaisiin puolestaan tarjota motivoivaa haastattelua (Miller & Rollnick 2002). Kovin suuruusuntaista, standardimenetelmillä

Muutosvalmius on yksi hoitosuunnittelun keskeisistä aspekteista, koska asiakkaat eivät ole hoitoon tullessaan samanlaisessa valmiudessa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitosisällöt muokataan mahdollisimman yksilöllisiksi. Esimerkiksi esiharkintavaiheessa olevat, monesti vas-

BABOR, T. & DEL BOCA, F.: Treatment matching in alcoholism. Cambridge: Cambridge University Press, 2003

BLANCHARD, K. & MORGENSTERN, J. & MORGAN, T. & LABOUVIE, E. & BUX, D.: Motivational subtypes and continuous measures of readiness for change: Concurrent and predictive validity. *Psychology of Addictive Behaviors* 17 (2003), 56–65

BRITT, E. & BLAMPID, N. & HUDSON, S.: Motivational interviewing: A review. *Australian Psychologist* 38 (2003), 193–201

BURKE, B. & ARKOWITZ, H. & MENCHOLA, M.: The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2003), 843–861

BURKE, B. & DUNN, C. & ATKINS, D. & PHELPS, J.: The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 18 (2004), 309–322

CAREY, K. & PURNINE, D. & MAISTO, S. & CAREY, M.: Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6 (1999), 245–266

CARNEY, M. & KIVLAHAN, D.: Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment: Profiles based on stages of change. *Psychology of Addictive Behaviors* 9 (1995), 135–142

CARROLL, K.: Improving compliance with alcoholism treatment. Project MATCH Monograph Series Vol. 6. Rockville, MD: NIAAA, 1997

CONNORS, G. & DONOVAN, D. & DICLEMENTE, C.: Substance abuse treatment and the stages of change. Selecting and planning interventions. New York: Guilford Press, 2004

CRAIG, R.: Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2 (1985), 209–219

DE LEON, G. & HAWKE, J. & JAENCHILL, N. & MELNICK, G.: Therapeutic communities: Enhancing retention in treatment using “Senior Professor” staff. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19 (2000), 375–382

DICLEMENTE, C. & CARBONARI, J. & ZWEBEN, A. & MORRELL, T. & LEE, R.: Motivation hypothe-

Päihdeongelmien hoito on pohjimmiltaan asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistoimintaa. Tutkimusten mukaan myös terapeutin toiminta vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen ja tuloksellisuuteen (Najavits & al. 2000; Valle 1981). Tämä on hyvä muistaa, vaikka viime kädessä toipumisesta vastaa aina ongelmakäyttäjä itse.

KARNO, M. & LONGABAUGH, R.: What do we know?

- Process analysis and the search for a better understanding of Project MATCH's anger-by-treatment matching effect. *Journal of Studies on Alcohol* 65 (2004), 501–512
- KARNO, M. & LONGABAUGH, R.: Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (2005), 262–267
- MCCONNAUGHY, E. & DICLEMENTE, C. & PROCHASKA, J. & VELICER, W.: Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 26 (1989), 494–503
- MCLELLAN, A. & GRISSOM, G. & ZANIS, D. & RANDALL, M. & BRILL, P. & O'BRIEN, C.: Problem-service 'matching' in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. *Archives of General Psychiatry* 54 (1997), 730–735
- MCLELLAN, A. & HAGAN, T. & LEVINE, M. & MEYERS, K. & GOULD, F. & BENCIVENGO, M. & DURELL, J. & JAFFE, J.: Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 55 (1999), 91–103
- MILLER, W.: Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 11 (1983), 147–172
- MILLER, W. & ROLLNICK, S.: *Motivational interviewing. Preparing people for change.* New York: Guilford Press, 2002
- MÄKELÄ, K. & AL.: *Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement. A study in eight societies.* Madison, WI: University of Wisconsin Press, 1996
- NAJAVITS, L. & CRITS-CHRISTOPH, P. & DIERBERGER, A.: Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse* 35 (2000), 2161–2190
- PIOTROWSKI, N. & DELUCCHI, K. & PRESTI, D. & TUNIS, S. & YOUNG, M.: Stage of change, alcohol dependent inpatients, and early treatment response. Paper presented at the 103rd Annual Convention of the American Psychological Association, New York, August 11–15, 1995
- PROCHASKA, J. & DICLEMENTE, C. & NORCROSS, J.: In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist* 47 (1992), 1102–1114
- PROJECT MATCH RESEARCH GROUP: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22 (1998), 1300–1311
- SAARNIO, P.: Miehet ja naiset päihdehoidossa: kolme empiiristä tutkimustulosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (2002), 269–273
- SAARNIO, P. & KNUUTTILA, V.: Riskfaktorer bakom avbruten institutionsvård av missbrukare. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 19 (2002), 193–201
- SAARNIO, P. & KNUUTTILA, V.: Päihdeongelmaisten muutosvalmius hoidon jatkuvuutta ennakoivana tekijänä. *Psykologia* 38 (2003), 16–23. 2003a
- SAARNIO, P. & KNUUTTILA, V.: A study of risk factors in dropping out from inpatient treatment of substance abuse. *Journal of Substance Use* 8 (2003), 33–38. 2003b
- SAARNIO, P. & TOLONEN, M. & HEIKKILÄ, K. & KANGASSALO, S. & MÄKELÄINEN, M.-L. & NIITY-ÜÖTILÄ, P. & VILENIUS, L. & VIRTANEN, K.: Päihdeongelmaisten selviytyminen hoidon jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 35 (1998), 207–219
- SUTTON, S.: Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction* 96 (2001), 175–186
- VALLE, S.: Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 42 (1981), 783–790
- WEST, R.: Time for a change: Putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction* 100 (2005), 1036–1039
- WICKIEWITZ, K. & MARLATT, G.: Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist* 59 (2004), 224–235
- WILLOUGHBY, F. & EDENS, J.: Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse* 8 (1996), 275–291.

ENGLISH SUMMARY

Pekka Saarnio & Vesa Knuuttila: A study of readiness to change profiles in substance abusers (Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofileista)

This study set out to explore the readiness to change profiles of substance abusers in order to obtain information that is crucial for the individualised treatment. The subjects involved in the study (N = 780) were alcoholics and polydrug users receiving treatment at the Kankaanpää A-koti. Readiness to change was measured using the URICA scale (University of Rhode Island Change Assessment Scale). Cluster analysis was used to allocate the subjects into groups. The results revealed marked differences in readiness to change profiles, although not between alcoholics and polydrug users. A longer education, female gender, living with chil-

dren and living in a couple relationship were associated with a better readiness to change. The background of admission and the goals set for treatment had a similar role: subjects who had been admitted voluntarily and those who were aiming at abstinence showed a greater readiness to change than others. Indeed abstinence is usually a realistic goal in this population: many clients will set themselves this target after having failed with their attempts of controlled use. The article discusses the significance of the results from the point of view of earlier profiling studies and the treatment of substance abuse.

KEY WORDS

Substance abuse, inpatient treatment, readiness to change, Finland